

**Mémoire de l'AMC :**

# **Réduire les barrières à la mobilité des médecins pour un système de santé plus uniforme au Canada**

**Mémoire présenté au Comité sénatorial permanent des banques  
et du commerce**

Le 12 mai 2016

ASSOCIATION  
MÉDICALE  
CANADIENNE



CANADIAN  
MEDICAL  
ASSOCIATION

L'Association médicale canadienne (AMC) est le porte-parole national des médecins du Canada. Fondée en 1867, elle a pour mission d'aider les médecins à prendre soin des patients.

Pour le compte de ses 83 000 membres et plus et de la population canadienne, l'AMC s'acquitte d'un vaste éventail de fonctions dont les principales sont la représentation en faveur de politiques et de stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies et des blessures, la promotion de l'accès à des soins de santé de qualité, la facilitation du changement au sein de la profession médicale et l'offre de leadership et de conseils aux médecins pour les aider à orienter les changements de la prestation des soins de santé, à les gérer et à s'y adapter.

L'AMC est un organisme professionnel sans but lucratif qui représente la majorité des médecins du Canada et regroupe 12 associations médicales provinciales et territoriales et plus de 60 organisations médicales nationales.

## Introduction

Au nom de ses 83 000 médecins membres, l'Association médicale canadienne (AMC) se réjouit d'avoir l'occasion de formuler des commentaires dans le cadre de l'étude sur les barrières au commerce intérieur du Comité sénatorial permanent des banques et du commerce. Aux fins du présent mémoire, une barrière au commerce intérieur est définie comme tout règlement ou toute politique qui restreint la mobilité ou crée un incitatif pervers à la mobilité.

L'AMC et d'autres organisations médicales nationales s'intéressent depuis longtemps à la facilité avec laquelle les médecins peuvent se déplacer d'une région à une autre, et à la possibilité pour les Canadiens d'avoir un accès comparable aux soins de santé quel que soit l'endroit où ils vivent. Dans les commentaires qui suivent, l'AMC recommande respectueusement des mesures à prendre par le gouvernement fédéral pour réduire les barrières à la mobilité des médecins et promouvoir l'accès uniforme aux soins.

## Données de base sur les effectifs médicaux canadiens

Au Canada, les médecins ont toujours été mobiles. En janvier 2016, parmi les médecins titulaires d'un permis d'exercer ayant obtenu leur diplôme d'une des 17 facultés de médecine du pays, un peu plus d'un sur quatre (26 %) exerçait dans une province différente de celle où il avait étudié<sup>1</sup>. De plus, seuls 8 des 13 provinces et territoires canadiens comptent au moins une faculté de médecine. Autre dimension importante de la mobilité : le Canada continue de dépendre considérablement des services de diplômés en médecine internationaux (DMI). Actuellement, les DMI représentent 24 % des médecins en exercice au pays. Cette proportion est stable depuis une vingtaine d'années (et même plus), malgré une augmentation importante des inscriptions aux facultés de médecine<sup>1</sup>. Une des principales raisons de cette dépendance est que le Canada forme moins de médecins par rapport à sa population que les autres pays développés. Selon l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), en 2013, le Canada s'est classé 28<sup>e</sup> sur les 34 pays membres quant au nombre de diplômés en médecine par 100 000 habitants; avec 7,5 diplômés par 100 000 habitants, il se trouve un tiers sous la moyenne des pays de l'OCDE (11,1)<sup>2</sup>. Un autre point important à considérer en ce qui concerne les effectifs médicaux au Canada est que, au-delà des frais de scolarité payés par les étudiants au premier cycle, la profession médicale est presque exclusivement financée par l'État. À titre d'exemple, en 2012, 99 % des revenus professionnels des médecins canadiens provenaient des fonds publics, comparativement à une moyenne de 72 % pour les 22 pays de l'OCDE pour lesquels ces données étaient disponibles<sup>3</sup>.

## Normes nationales d'admissibilité au permis d'exercice

La profession médicale avait une longueur d'avance sur l'Accord sur le commerce intérieur (ACI) de 1994 et son objectif du chapitre sept, qui consistait à éliminer ou à réduire les mesures maintenues par les provinces et les territoires qui restreignent ou entravent la mobilité de la main-d'œuvre au Canada<sup>4</sup>. En 1992, la Fédération des ordres des médecins du Canada, l'Association des facultés de médecine du Canada et le Conseil médical du Canada ont adopté une norme d'admissibilité transférable au permis d'exercice dans toutes les provinces sauf le Québec<sup>5</sup>. Quand l'ACI a été révisé à la fin des années 2000, la Fédération des ordres des médecins du Canada (FOMC) a travaillé à l'élaboration d'un accord définissant des normes nationales, qui a été approuvé dans toutes les provinces et tous les territoires en 2009. Le dossier a continué d'évoluer, et aujourd'hui, les *Normes modèles pour l'inscription des médecins au Canada* établissent :

- la Norme canadienne d'obtention d'un permis d'exercice de la médecine sans restriction;
- le cheminement d'un permis provisoire vers l'obtention d'un permis sans restriction (que suivent la plupart des DMI qui ne passent pas par le système de formation médicale postdoctorale du Canada);
- les exigences du permis provisoire<sup>6</sup>.

Grâce à ces efforts, le nombre de permis différents exigés pour l'exercice de la médecine au Canada est passé de plus de 140 à moins de 5.

Depuis le début des années 2000, le gouvernement fédéral joue un rôle important de leadership pour aider les professions à se conformer aux dispositions sur la mobilité de la main-d'œuvre de l'ACI. Dans le cas de la profession médicale, la question centrale était la mobilité des DMI. En 2002, le Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines, financé par le gouvernement fédéral, a mis en place le *Groupe de travail canadien sur le permis d'exercice des diplômés internationaux en médecine*, qui rassemblait des représentants des ministères de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux, des ordres de médecins, des organismes de certification et des facultés de médecine avec le mandat d'appuyer l'intégration des DMI aux effectifs médicaux canadiens. Les recommandations du rapport final de 2004 du Groupe de travail ont essentiellement établi un plan de travail qui a fait progresser considérablement plusieurs initiatives<sup>7</sup>.

Le financement fédéral offert par l'intermédiaire de programmes comme le *Programme de reconnaissance des titres de compétences étrangers* d'Emploi et Développement social Canada (EDSC) et l'*Initiative relative aux professionnels de la santé formés à l'étranger* de Santé Canada, en plus d'investissements majeurs réalisés par les organismes médicaux eux-mêmes, a

contribué à la réussite de plusieurs initiatives du Conseil médical du Canada (CMC) ainsi que de la FOMC et de ses membres provinciaux et territoriaux. Soulignons quelques exemples :

- Octroi par Santé Canada de 3,5 millions de dollars au CMC pour la création de programmes facilitant l'intégration des DMI aux effectifs médicaux, comme l'examen de la *Collaboration nationale en matière d'évaluation*, un examen normalisé qui évalue si les DMI sont prêts à entrer dans le système de formation médicale postdoctorale canadien.
- Octroi par Ressources humaines et Développement des compétences Canada, aujourd'hui EDSC, de 8,4 millions de dollars au CMC pour la simplification et l'uniformisation des processus de demande de permis d'exercice et pour la création d'*inscriptionmed.ca*, un processus unique en ligne pour l'inscription auprès de chacun des 13 ordres de médecins.
- Octroi par EDSC de 6,7 millions de dollars au CMC pour l'élaboration d'un examen d'aptitude, partie I plus souple et pouvant être fait à l'étranger, ce qui permettrait aux DMI qui pensent immigrer au Canada de savoir s'ils respectent une des exigences du permis d'exercice sans restriction.

Le travail fait à ce jour a grandement contribué à l'intégration des DMI, mais il reste beaucoup à faire. Un bon nombre de DMI commencent à exercer au Canada sans entrer dans le système de formation médicale postdoctorale, par un processus de permis provisoire. Un des mécanismes mis en place par les autorités administratives au cours de la dernière décennie pour faciliter ce parcours vers l'exercice s'appelle l'évaluation de la capacité à exercer (ECE). Il s'agit d'un processus d'évaluation servant à déterminer si un DMI est capable d'offrir des soins médicaux sécuritaires à la population canadienne avec un permis provisoire. L'ECE consiste en une période d'exercice sous la supervision directe d'un médecin titulaire d'un permis d'exercer dans un milieu clinique avec des patients. Elle a l'avantage d'accélérer le processus d'évaluation, qui passe alors d'au moins deux ans de résidence à environ 12 semaines. Pour le moment, les programmes d'ECE ont été créés de façon non normalisée dans les différents territoires et provinces. Avec l'appui de Santé Canada et la collaboration de la FOMC, des organismes de réglementation, des établissements certificateurs et des programmes provinciaux d'évaluation des DMI, le CMC travaille actuellement à la mise au point d'un programme pancanadien d'ECE<sup>8</sup>. Ce programme visera à aborder les domaines de spécialité recherchés au Canada, notamment la médecine familiale, la psychiatrie et la médecine interne. Le programme comprendra :

- l'orientation des candidats DMI quant au contexte des soins de santé au Canada;
- la détermination des compétences essentielles de chaque spécialité;
- la formation d'évaluateurs cliniques;
- des outils d'évaluation normalisés;

- des lignes directrices.

Cette initiative se trouve actuellement à la phase de mise en œuvre, et le plan prévoit l'élaboration d'autres outils d'évaluation au travail.<sup>1</sup>

**Première recommandation : L'Association médicale canadienne recommande au gouvernement fédéral de continuer à appuyer le Conseil médical canadien et la Fédération des ordres des médecins du Canada dans la mise en œuvre d'un programme pancanadien d'évaluation de la capacité à exercer pour les diplômés en médecine internationaux et l'élaboration d'outils d'évaluation au travail.**

## Mobilité et assurance maladie

Le droit des citoyens canadiens et des résidents permanents de se déplacer librement et de gagner leur vie dans la province ou le territoire de leur choix est garanti par la *Charte canadienne des droits et libertés* de 1982<sup>9</sup>. Il est d'ailleurs soutenu par les objectifs de l'ACI faisant référence à un « marché intérieur ouvert » et à la « libre circulation des personnes »<sup>4</sup>.

C'est certainement dans cet esprit que le programme canadien d'assurance maladie a été établi, dans les années 1950, et celui-ci est désormais vu comme un droit fondamental précieux par les Canadiens. L'objectif établi dans le préambule de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS) de 1984 comprend « faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacles d'ordre financier ou autre », et la transférabilité de l'assurance maladie entre les provinces et les territoires est un des cinq critères d'admissibilité au financement fédéral (sous réserve d'une période d'attente de trois mois durant laquelle les prestations sont payées par l'administration d'origine)<sup>10</sup>. Cependant, la lettre de la LCS définit les services de santé assurés comme étant les « services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire fournis aux assurés »<sup>10</sup>, et c'est ainsi que les provinces et les territoires continuent de l'interpréter. De nombreux rapports récents ont relevé le problème de l'accès inégal aux médicaments sur ordonnance. D'après les estimations de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), en 2014, les gouvernements fédéral et provinciaux ont couvert 42 % des dépenses en médicaments prescrits, tandis que les assureurs privés en ont couvert 36 % et les ménages, 22 %<sup>11</sup>.

Les dépenses publiques par personne pour les médicaments sur ordonnance varient grandement entre les provinces. En 2015, l'ICIS a estimé que ces dépenses allaient de 219 \$ en

---

<sup>1</sup> Pour de plus amples informations – communiquez avec [www.mcc.ca](http://www.mcc.ca) ou FMRAC – [www.fmarc.ca](http://www.fmarc.ca)

Colombie-Britannique et 256 \$ à l'Île-du-Prince-Édouard à 369 \$ en Saskatchewan et 441 \$ au Québec<sup>12</sup>. On observe une variation encore plus flagrante dans les dépenses directes des ménages en médicaments sur ordonnance par quintile de revenu. L'Enquête sur les dépenses des ménages de 2014 de Statistique Canada montre que le cinquième le plus pauvre (plus faible quintile de revenu) des ménages de l'Île-du-Prince-Édouard dépense plus que le double (645 \$) de celui de l'Ontario (300 \$)<sup>13</sup>. En plus des différences globales dans les dépenses publiques, il existe des disparités dans la sélection des médicaments couverts, surtout pour le traitement du cancer. Par exemple, la Cancer Advocacy Coalition of Canada rapportait en 2014 qu'en Ontario et dans les provinces de l'Atlantique, les médicaments contre le cancer devant être pris à l'hôpital et figurant sur la liste provinciale des médicaments assurés étaient entièrement financés par le gouvernement provincial; si le médicament était pris à l'extérieur de l'hôpital (par voie orale ou par injection), toutefois, le patient et sa famille pouvaient devoir payer des frais importants<sup>14</sup>. De façon plus générale, la Société canadienne du cancer a rapporté qu'il arrive que les personnes déménageant d'une province à une autre découvrent qu'un médicament couvert dans leur province d'origine ne l'est pas dans la nouvelle<sup>15</sup>.

Autre conséquence de la couverture disparate des médicaments sur ordonnance au Canada : les personnes ayant des avantages sociaux payés par l'employeur peuvent se trouver contraintes de garder leur emploi. Une enquête menée par Ipsos Reid pour l'AMC en 2012 chez des adultes canadiens a révélé que 51 % des répondants avaient des avantages sociaux supplémentaires payés par leur employeur, et presque tous ont déclaré une couverture des médicaments sur ordonnance. Parmi ceux qui avaient des avantages sociaux payés par l'employeur, un peu plus de 4 sur 10 (42 %) ont indiqué que ce privilège serait un facteur dans la décision de changer d'emploi ou non<sup>16</sup>.

Les disparités dans la couverture des médicaments sur ordonnance et l'accès à ces médicaments à travers le pays posent deux risques en ce qui concerne la mobilité de la population. Il pourrait y avoir, d'un côté, une tentation de déménager dans une autre région où l'accès et la couverture sont meilleurs et, de l'autre, une réticence à quitter sa région de peur que l'accès et la couverture soient moindres. L'incertitude touchant la couverture des soins de santé ne devrait pas être un facteur dans le choix du lieu de travail et de résidence des Canadiens.

Une mesure concrète que le gouvernement fédéral pourrait prendre pour atténuer ces risques serait de créer un programme de couverture des médicaments qui imposerait un plafond aux frais élevés déboursés par les Canadiens. En 2015, le Conference Board du Canada a mené une étude pour l'AMC afin d'estimer le coût d'un programme qui couvrirait les dépenses de médicaments sur ordonnance supérieures à 1 500 \$ par année ou 3 % du revenu du ménage

(soit les médicaments onéreux). Conclusion : un programme de la sorte coûterait au gouvernement fédéral environ 1,6 milliard de dollars en 2016<sup>17</sup>.

**Deuxième recommandation : L'Association médicale canadienne recommande au gouvernement fédéral d'établir un nouveau programme de couverture des médicaments sur ordonnance onéreux, ce qui constituerait une avancée vers une couverture complète et universelle des médicaments sur ordonnance.**

## **La Loi canadienne sur la santé et la mobilité des médecins**

En 1979, dans l'examen du programme d'assurance maladie qui a mené à l'adoption de la LCS, le juge Emmett Hall a reconnu clairement le déséquilibre de pouvoir causé par la transition vers un payeur public exclusif pour les services médicaux, déclarant : « *Je rejette totalement l'idée selon laquelle les médecins doivent accepter ce qu'une province donnée décide unilatéralement de payer. Je rejette également, comme je l'ai fait dans le rapport de la commission d'enquête parlementaire, le concept de la surfacturation.* »

La solution recommandée par le juge Hall pour ce déséquilibre prenait la forme d'une disposition stipulant que « *lorsque les négociations échouent et débouchent sur une impasse, les questions en litige doivent être soumises à un arbitrage exécutoire réalisé par un conseil d'arbitrage composé de trois personnes, soit un président indépendant nommé par le juge en chef de la province en question, une personne nommée par la profession et une autre nommée par le gouvernement* »<sup>18</sup>.

La nécessité de prévoir une rémunération raisonnable est établie aux paragraphes 12(1) et (2) de la LCS. Dans la plupart des provinces et territoires, les différends de négociation entre le gouvernement et l'association médicale quant aux salaires des médecins sont soumis à un mécanisme obligatoire de résolution comprenant une forme d'arbitrage, comme le juge Hall l'avait prévu. Cependant, en Ontario, les médecins n'ont plus de contrat depuis le 31 mars 2014. De même, la Nouvelle-Écosse a donné la sanction royale à la *Public Services Sustainability (2015) Act* (Loi de 2015 sur la viabilité des services publics), mais ne l'a pas encore adoptée; celle-ci suspend le droit de l'association médicale (Doctors Nova Scotia) à l'arbitrage.

Comme il a été mentionné précédemment dans la section sur les données de base, les médecins canadiens sont très mobiles, mais ils ne devraient pas être incités à déménager par un traitement injuste infligé par le gouvernement, comme c'est actuellement le cas en Ontario. Il existe un précédent récent de modification de la LCS. En 2012, la *Loi sur l'emploi, la croissance et la prospérité durable* a modifié la LCS, retirant les membres de la Gendarmerie royale du Canada de la liste d'exclusions aux personnes assurées<sup>19</sup>.



Troisième recommandation : L'Association médicale canadienne recommande que le paragraphe 12(2) de la *Loi canadienne sur la santé* soit modifié pour exiger :

- a) *que les gouvernements provinciaux et territoriaux concluent un accord avec l'organisation provinciale ou territoriale qui y représente les médecins en exercice;*
- b) *que les différends concernant la rémunération soient résolus par, au choix de l'organisation provinciale ou territoriale mentionnée au paragraphe a), la conciliation ou l'arbitrage obligatoire également représentatif de l'organisation provinciale ou territoriale et de la province ou du territoire, avec une présidence indépendante, visant à satisfaire le critère de « rémunération raisonnable » de l'alinéa 12(1)c) de la Loi pour le plein financement fédéral.*

## **Admissibilité à la constitution en société et accès à la déduction accordée aux petites entreprises**

Les médecins du Canada sont, dans une proportion importante, des travailleurs autonomes ou de petits entrepreneurs dont le cabinet est constitué en société privée sous contrôle canadien (SPCC). La possibilité de se constituer en société et l'accès aux taux d'imposition des petites entreprises jouent un rôle important dans la répartition des ressources dans le système de santé canadien.

Comme l'a expliqué l'AMC dans son récent mémoire au ministre des Finances<sup>20</sup>, l'admissibilité à la constitution en société pour les professionnels médicaux a été proposée par les gouvernements provinciaux pour appuyer l'atteinte des objectifs en matière de politiques de santé et, en partie, pour assurer aux médecins des conditions équitables par rapport aux autres travailleurs autonomes.

L'AMC a accueilli très favorablement la reconnaissance que le gouvernement fédéral a accordée dans son budget à la contribution des professionnels de la santé comme petits entrepreneurs. Cependant, elle a d'importantes réserves quant aux modifications proposées (division 54 de l'Avis de motion de voies et moyens visant à modifier la *Loi de l'impôt sur le revenu* et d'autres textes fiscaux) pour changer l'admissibilité à la déduction accordée aux petites entreprises. Il n'est pas clair si ces mesures auront une influence sur les structures de groupes de médecine.

Un sondage mené récemment par l'AMC auprès de ses membres a confirmé que le statut de SPCC fournit une mesure d'équité fiscale essentielle qui reconnaît les défis uniques qu'ils rencontrent en tant que petits entrepreneurs, et que ce statut est essentiel à l'exploitation du modèle de pratique, surtout pour les soins communautaires. Dans certains cas, ce modèle de pratique est rentable seulement dans ce cadre. Il importe de signaler que, contrairement à d'autres petits entrepreneurs, les médecins ne peuvent faire payer par les patients les augmentations des coûts de conformité ou d'exploitation étant donné la façon dont est conçu

le système public de santé du Canada. Fait important pour l'étude du comité sur le commerce intérieur, une proportion non négligeable des répondants au sondage ont indiqué qu'ils seraient très ou quelque peu susceptibles de déménager dans une autre province ou un autre territoire (26 %) ou aux États-Unis ou dans un autre pays (22 %) s'ils n'avaient plus la possibilité de se constituer en SPCC.

**Quatrième recommandation : Étant donné le risque de conséquences négatives involontaires, comme de rendre les structures de groupes de médecine économiquement non viables ou d'introduire des incitatifs pervers à la mobilité, surtout vers l'extérieur du pays, l'Association médicale canadienne encourage fortement le gouvernement fédéral à clarifier les mesures budgétaires de 2016 concernant le statut de société privée sous contrôle canadien.**

---

<sup>1</sup> Fichier principal de l'Association médicale canadienne, janvier 2016.

<sup>2</sup> Organisation de coopération et de développement économiques. Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015. Accessible ici : <http://stats.oecd.org/Index.aspx?lang=fr&SubSessionId=b065879f-e181-4c02-b88b-306854aa8094&themetreeid=9>. (consulté le 5 mai 2016).

<sup>3</sup> Organisation de coopération et de développement économiques. Accessible ici : [www.OECD.Stat](http://www.OECD.Stat). (consulté le 5 mai 2016).

<sup>4</sup> Secrétariat du commerce intérieur. Accord sur le commerce intérieur. Accessible ici : <http://www.ait-aci.ca/agreement-on-internal-trade/?lang=fr>. (consulté le 5 mai 2016).

<sup>5</sup> Fédération des ordres des médecins du Canada, Association des facultés de médecine du Canada, Conseil médical du Canada. Licensure, postgraduate training and the Qualifying Examination. *Journal de l'Association médicale canadienne*. (1992). Vol. 146, n° 3 : p. 345.

<sup>6</sup> Fédération des ordres des médecins du Canada. Normes modèles pour l'inscription des médecins au Canada. (2016). Ottawa.

<sup>7</sup> Comité consultatif fédéral/provincial/territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines. Report of the Canadian Task Force on Licensure of International Medical Graduates. (2004). Ottawa.

<sup>8</sup> Conseil médical du Canada. Évaluation de la capacité à exercer. Accessible ici : <http://mcc.ca/fr/a-propos/collaborations-et-projets-speciaux/evaluation-degre-preparation/>. (consulté le 8 mai 2016).

<sup>9</sup> Patrimoine canadien. La Charte canadienne des droits et libertés. Accessible ici : <http://publications.gc.ca/collections/Collection/CH37-4-3-2002F.pdf>. (consulté le 8 mai 2016).

<sup>10</sup> Canada. Loi canadienne sur la santé L.R.C. (1985), ch. C-6. Accessible ici : <http://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/C-6.pdf> (consulté le 8 mai 2016).

<sup>11</sup> Institut canadien d'information sur la santé. Dépenses en médicaments prescrits au Canada 2013 : regard sur les régimes publics d'assurance-médicaments. Accessible ici : [https://secure.cihi.ca/free\\_products/Prescribed%20Drug%20Spending%20in%20Canada\\_2014\\_FR.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/Prescribed%20Drug%20Spending%20in%20Canada_2014_FR.pdf) (consulté le 8 mai 2016).

<sup>12</sup> Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2015. Tableau A.3.1.1. Accessible ici : <https://www.cihi.ca/fr/depenses-et-main-doeuvre-de-la-sante/depenses/tendances-des-depenses-nationales-de-sante> (consulté le 8 mai 2016).

<sup>13</sup> Statistique Canada. Tableau CANSIM 203-0026 : Enquête sur les dépenses des ménages (EDM), dépenses des ménages, selon l'âge de la personne de référence (consulté le 27 mars 2016).

<sup>14</sup> Cancer Advocacy Coalition of Canada. 2014-15 Report Card on Cancer in Canada. Accessible ici : <http://www.canceradvocacy.ca/reportcard/2014/Report%20Card%20on%20Cancer%20in%20Canada%202014-2015.pdf> (consulté le 8 mai 2016).

---

<sup>15</sup> Société canadienne du cancer. Cancer drug access for Canadians. Accessible ici : [http://www.colorectal-cancer.ca/IMG/pdf/cancer\\_drug\\_access\\_report\\_en.pdf](http://www.colorectal-cancer.ca/IMG/pdf/cancer_drug_access_report_en.pdf) (consulté le 8 mai 2016).

<sup>16</sup> Ipsos Reid. Supplementary health benefits research: Final report (2012).

<sup>17</sup> Le Conference Board du Canada. Mesures en matière de politique fédérale visant à répondre aux besoins de santé de la population vieillissante du Canada. Accessible ici : <https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/fr/advocacy/conference-board-rep-sept-2015-embargo-fr.pdf> (consulté le 8 mai 2016).

<sup>18</sup> Hall, E. Le programme de santé national et provincial du Canada pour les années 1980 : un engagement au renouveau. (1980).

<sup>19</sup> Canada. Lois du Canada 2012 : Chapitre 19. Accessible ici : [http://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/2012\\_19.pdf](http://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/2012_19.pdf).

<sup>20</sup> Association médicale canadienne. Mémoire présenté au ministre des Finances : L'exercice de la médecine en tant que petite entreprise au Canada. Accessible ici : <https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/fr/advocacy/submissions/cma-brief-medical-practice-as-small-business-march-17-2016-fr.pdf>.